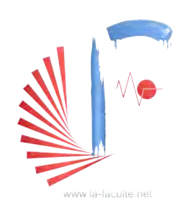
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













Hypertrophie bénigne de la prostate

- Tm bénigne qui se développe au dépend de la partie craniale de la prostate = adénomyofibrome
- touche 50% des hommes > 50 ans,
- principale cause d'obstruction urinaire basse (RVA) chez l'homme
- diagnostic repose sur le TR
- Tm qui ne se cancérise jamais+++

Anapath

- **macro :**
  - Tm régulière faite de 2 lobes de part et d'autre de l'urètre
  - parfois un 3ème lobe (médian) bombe dans la vessie
- **micro** : adénomyofibrome
  - le contingent fibreux est très symptomatique
  - le contingent adénomateux est très volumineux mais peu symptomatique

Physiopath : **obstruction urétrale**

- **retentissement sur la dynamique mictionnelle :**
  - modification du col vésical => perturbe l'infundibilisation => ↘ du jet urinaire
- **retentissement sur la vessie** :
  - vessie de lutte => détrusor (hypertrophie musculaire), pollakiurie, épaissisement de la paroi vésicale
  - décompensation : résidu post mictionnel RPM
- **retentissement sur le haut appareil**
  - phase de lutte : dilatation urétérale, RVU
  - phase de décompensation : stase urinaire => infections + lithiases (8x plus fréquentes)
  - reflux + infections => IR

Clinique :

- Homme de 60 ans
- troubles mictionnels évoluant par poussées-rémissions :
  - dysurie d'attente, de poussée et ↗ du temps de miction
  - pollakiurie nocturne,
  - ↘ du jet urinaire,
- parfois complications : RVA+++, RVC, IR, hématurie
- quantification des symptômes avec le score IPSS (0-35)
- TR +++ : hypertrophie
  - lisse, régulière, élastique, homogène,
  - bien limité, indolore, effaçant le sillon médian

Diagnostic :

- **examens hautement recommandés**
- ECBU
- Bilan rénal
- Dosage de PSA : Ag spécifique de la prostate, N= 0-4 µg/ml, adénome prostate >10 µg/ml
- **examens recommandés :**
- Débimétrie urinaire : N = 15-25 ml/s
- calcul du RPM par écho ou sondage

Traitement

1) TRT médical :

- phytothérapie : décongestionnant pelvien (Tadenan, Permixon)
- alpha bloquants : inhibe l'hypertonie prostatique et urétrale
- Fenasteride : inhibe la 5 α réductase => ↘ le volume prostatique

2) TRT chirurgical :

- **incision cérvico-prostatique**
  - âge < 60ans avec petit adénome
  - sujet âgé avec CI chirurgicale
- **résection trans-urétrale endoscopique de la prostate**
  - adénome 60-70g
- **adénectomie par voie haute**
  - gros adénome > 70g
  - HBP compliquée
  - l'adénomectomie transversale entraine toujours une éjaculation rétrograde

3) TRT non chirurgical invasif

- endoprothèse urétrale
- thermothérapie, cryochirurgie, ultrasons

Indications :

	Abstention	TRT médical	TRT chirurgical
IPSS	0-7	8-19	20-35
Débimétrie ml/s	>15	8-15	<8
Qualité de vie	Pas d'altération	Symptomatique	Complications
RPM	Absence	<100	>100

- Le dosage des PAP est utile dans la surveillance des cancers de la prostate et détection des métastases osseuses ou des prostatites. Mais on lui préfère actuellement le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans ces indications.

  Une miction impérieuse est une envie d'uriner ressentie de façon urgente, voire douloureuse.
- L'incontinence par regorgement survient
  - quand la vessie, distendue et passive
  - il s'agit d'une rétention le plus souvent chronique incomplète

- MICTION PAR REGORGEMENT :

L'incontinence par regorgement survient quand la vessie, distendue et passive, développe une pression intra-luminale supérieure aux résistances urèthrales.
Elle survient le plus souvent chez l'homme à la suite d'un long passé d'obstacle urèthro-cervico-prostatique, mais peut se voir aussi dans certaines lésions neurologiques.